FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 octobre 1909, à 1 heure

Par Georges **LEBEAUPIN**

Ancien interne des hôpitaux de Nantes
Ancien aide de clinique ophtalmologique à l'École de médecine de Nantes
Prix Guépin 1908 et 1909

TRAITEMENT MÉDICAL

DES

CYSTICERQUES DU CORPS VITRÉ

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur.*

Juges : MM. GILBERT, *professeur.*
AUVRAY et NOBÉCOURT, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

Hommage de reconnaissance et d'affection.

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIANOUX

PROFESSE UR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études médicales, nous nous faisons un plaisir en même temps qu'un devoir de rendre hommage aux Maîtres qui ont bien voulu s'intéresser à nous, nous témoigner leur bienveillance et nous aider dans nos labeurs durant le cours de nos études.

Nous tenons à remercier particulièrement de leurs conseils éclairés MM. les Drs G. Sourdille, Malherbe, Jalabert, Mahot, Poisson, L. Sourdille et Rivet, dont nous avons été l'interne.

Nous n'oublierons pas non plus l'accueil bienveillant et les marques de sympathie recueillies auprès de MM. les Drs Guilbaud, Labeyrie, Chastenet de Géry, Lequyer, Gourdet, Lemeignen.

Nous voulons adresser tout particulièrement à M. le professeur Dianoux, dont nous avons été successivement l'interne et l'aide de clinique, l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner. Nous conserverons toujours le

meilleur souvenir de ce maître dévoué qui a bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse et n'a ménagé ni son temps ni sa peine pour nous guider dans l'étude de l'ophtalmologie.

M. le professeur DE LAPERSONNE a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous permette de lui dire toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait.

INTRODUCTION

Au début de notre deuxième année comme aide de clinique dans le service de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous avons eu le bonheur et la chance d'avoir à observer un malade atteint de cysticerque du corps vitré.

La rareté de cette affection et le succès du nouveau traitement que nous avons institué au malade nous ont décidé, sur les conseils de notre maître, à faire notre thèse sur ce sujet.

Dans un premier chapitre nous ferons l'historique de la question et en relaterons les généralités.

La symptomatologie fera l'objet de notre second chapitre.

Dans un troisième chapitre nous envisagerons les traitements chirurgicaux préconisés jusqu'à ce jour, et en ferons la critique.

Dans le quatrième chapitre nous relaterons notre

observation et celles qui nous ont décidé à tenter le traitement médical.

Dans le cinquième chapitre nous envisagerons le traitement médical que nous préconisons et nous tirerons nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. — GENERALITES

Il faut nous estimer très heureux d'avoir eu l'occasion d'observer un cas de cysticerque du corps vitré, car c'est une affection d'une grande rareté en certains pays, et particulièrement en France.

Cette maladie parasitaire n'a encore été signalée en Belgique qu'une seule fois en 1886.

Le cysticerque est également rare en Angleterre où il a été décrit par Sœlberg Wells.

Il l'est tout autant en France où Galezowski et de Wecker n'ont vu, à Paris, sur des milliers de malades, que deux cas de cysticerque du corps vitré. De même Desmarres, Follin, Sichel et Chauvel n'en ont observé qu'une seule fois. C'est Desmarres père qui a, le premier dans notre pays, en 1856, observé un cysticerque dans les parties profondes de l'œil.

Mais c'est dans l'Allemagne du Nord que ce parasite existe dans des proportions beaucoup plus considérables que partout ailleurs. Cette fréquence extrême tient

à l'énorme quantité de viande de porc crue consommée dans ce pays.

La première observation de la présence d'un corps vésiculaire dans les milieux postérieurs de l'œil a été rapportée par Coccius en 1853, et publiée deux années après la découverte de l'ophtalmoscope.

L'année suivante, en 1854, von Graefe publiait dans ses *Archives fur Ophtalmologie* un mémoire sur le cysticerque de la rétine, et annonçait en même temps la découverte qu'il venait de faire d'un cysticerque du corps vitré.

Jusqu'en 1866 A. von Graefe a observé 80.000 individus atteints d'affections oculaires : 80 avaient des cysticerques. La répartition de ces derniers dans le globe oculaire se faisait de la façon suivante :

3 dans la chambre antérieure ;

5 sous la conjonctive ;

1 dans le tissu conjonctif de l'orbite ;

1 dans le cristallin ;

70 dans le corps vitré.

Hirschberg sur 60.000 malades des yeux a observé 70 cas d'entozoaires.

Dans une statistique de Liebreich, on arriva à la proportion effrayante de 1 sur 420 malades, dans les provinces de l'Allemagne du Nord.

Alfred Graefe, de Halle, le constate une fois sur 1.000 malades.

Ce parasite est beaucoup plus rare au Danemark où Guit (de Copenhague) n'en observe qu'un seul cas sur 70.000 malades.

De même en Autriche, Schüleck (de Buda-Pesth) n'en signale qu'un cas; Mauthner (de Vienne) n'en a jamais vu sur 30.000 malades observés par lui.

En Italie on a signalé des cas plus nombreux de cysticerques du corps vitré : de Bérardinis rapporte que son maître de Vincentiis (de Naples) en a observé à lui seul 28 cas. La littérature italienne est d'ailleurs riche à ce sujet et nous pouvons citer Gradenigo (de Venise) qui en a constaté 4 cas ; Rampoldi, 1 cas ; Cofter (de Trieste), 1 cas ; Raymond (de Turin), 9 cas ; Denti (de Milan), 7 cas ; et Quaglino, 3 cas.

Le cysticerque est rare en Russie : on en a décrit 37 cas concernant le globe oculaire.

. . . . . .

Nous ne nous arrêterons pas aux détails de structure du cysticerque très connus aujourd'hui; nous aurons d'ailleurs plus loin l'occasion de revenir sur l'étude de sa forme.

Notons seulement qu'on ne rencontre que fort exceptionnellement deux cysticerques à la fois à l'intérieur de l'œil. Otto Becker en a observé un cas ; il y avait à la fois un entozoaire dans le corps vitré et un autre sous la rétine.

De même Alfred de Graëfe a pu chez un même malade diagnostiquer la présence de deux cysticerques dans un même œil et déterminer exactement leur position. Tous deux purent être extraits avec conservation de la forme de l'œil. La présence de deux entozoaires dans le même œil, fait exceptionnel chez l'homme, se rencontre beaucoup plus fréquemment chez le porc.

Schoebl a publié un cas de cysticerque triple, unique dans la science. Il décrit, avec des dessins à l'appui, l'aspect extraordinaire présenté par le fond de l'œil d'un enfant de cinq ans. L'auteur pensa d'abord qu'il avait affaire à un échinocoque, mais l'examen anatomique démontra qu'il s'agissait bien de trois cysticerques.

Enfin, dans ce même ordre d'idées, notons que l'on ne connaît encore aucun cas de bilatéralité du cysticerque de l'œil.

A de très rares exceptions c'est le scolex du Tænia solium, le cysticercus cellulosæ, que l'on rencontre dans le corps vitré. Suivant la coutume de divers pays de consommer la viande de porc crue ou fort peu rôtie, on rencontre plus ou moins fréquemment la présence de cet entozoaire dans l'organe de la vision.

On admet généralement que le cysticerque celluleux provient de l'introduction dans l'organisme humain d'œufs du Tænia solium. Cette opinion est fondée sur les analogies que présente le cysticerque ladrique du porc et celui de l'homme, et la tête du tænia solium ; la présence plusieurs fois observée du même tænia chez les individus atteints de ladrerie.

Notons enfin, pour terminer ce chapitre, qu'il est surprenant que, dans certaines contrées, bien que cet entozoaire ne soit pas rare dans d'autres parties du corps (cerveau, foie), il ne se rencontre pas dans l'œil, ou au moins fort exceptionnellement.

En effet, suivant les pays, nous trouvons la localisation du cysticerque dans l'œil ou ses annexes, à l'exception de tout autre point, tandis qu'au contraire, dans d'autres pays, on peut voir des malades farcis en quelque sorte de pareils parasites sans que l'organe de la vision donne asile à aucun.

Des conditions de structure particulière du scolex, suivant sa provenance, doivent probablement expliquer pareil fait étrange.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Il nous paraît intéressant, au début de ce chapitre, de montrer comment se font le développement et la pénétration de l'entozoaire dans les parties profondes de l'œil.

Von Graefe était convaincu que le cysticerque peut se développer d'emblée dans le corps vitré, alors que, le plus souvent, il débute entre la choroïde et la rétine : dans le tiers des cas, l'helminthe y évoluerait d'emblée, tandis que dans les deux autres tiers il prendrait naissance sous la rétine qu'il soulève et perfore.

Avec la plupart des auteurs nous dirons que, toutes les fois qu'il a été permis d'observer la première apparition de l'entozoaire dans les parties profondes de l'œil, c'est toujours derrière la rétine qu'on l'a trouvé logé ; et souvent, en assistant à l'évolution de l'animal, on l'a vu perforer cette membrane et tomber dans l'espace hyaloïdien.

Terrin dans sa thèse nous apprend que de Wecker et

Jaeger ont donné, avec des planches à l'appui, l'observation d'un malade chez lequel le parasite était situé derrière la rétine; l'image représente même des ouvertures circulaires dans la membrane nerveuse, sortes de fenêtres à travers lesquelles Jaeger a vu le cysticerque passer la tête et paraître dans le corps vitré.

Jamais au contraire on n'a noté dans l'humeur vitrée le cysticerque à ses premières phases de développement; et, alors même qu'on ne peut découvrir le point de départ de l'animalcule, on ne doit pas en conclure qu'il s'est développé primitivement dans le corps vitré; car son siège initial peut être voilé par des opacités ou se trouver sur un point difficilement accessible à l'exploration (partie équatoriale) (Daubin).

Cela est tellement évident, que, dans une première séance d'examen, le cysticerque peut être encore sous la rétine, tandis que, trois ou quatre semaines plus tard, un examen ultérieur peut le montrer totalement passé dans le corps vitré (Germelmann).

La présence du cysticerque dans le corps vitré serait donc la seconde période de l'affection qu'il détermine en se développant sous la rétine. L'embryon du scolex parvient dans cette dernière par la voie des vaisseaux et s'y développe avec une certaine lenteur. On admet aussi que le cysticerque peut se développer dans un vaisseau choroïdien ou rétinien et faire ensuite saillie dans l'humeur vitrée.

Les symptômes présentés par les malades atteints de cysticerques sont ceux de toutes les amblyopies.

Tout à fait au début, comme le cysticerque se développe entre la choroïde et la rétine, on note comme phénomène initial un affaiblissement de la vue dans l'œil affecté. C'est un léger voile qui s'étend au-devant de l'organe et l'obscurcit en totalité ou en partie. D'autres fois, un point circonscrit du champ visuel seul est lésé ; le malade a constamment devant l'œil une boule noire occupant toujours la même position.

Parfois, dès le début, le malade est tracassé par des mouches volantes ou par une photopsie qui ne tarde pas à être remplacée par une tache obscure. Le scotome s'accentue peu à peu ou par saccades, et, au bout de quelques semaines, la vision est complètement abolie, ou tout au plus réduite à une légère perception des objets dans une partie du champ visuel.

Dans certains cas il existe des symptômes céphaliques, qu'accompagnent des élancements dans l'œil ; ces troubles sont constants ou reviennent par exacerbations.

De Graefe explique les intermittences dans l'acuité visuelle et dans le paroxysme des douleurs par ce fait que le cysticerque, logé tout d'abord derrière la rétine, avait fini par perforer le tissu nerveux pour pénétrer dans le corps vitré.

La présence de l'helminthe dans le corps vitré est en général accompagnée d'un cortège de symptômes d'irritation : au début, douleurs de tête périodiques avec photopsie très marquée précédée ou suivie d'un scotome, surtout si le parasite siège près de la macula lutea ; d'autres fois il peut survenir une iridochoroïdite

amenant des douleurs périorbitaires très intenses, et l'atrophie du globe oculaire.

Quoi qu'il en soit, si l'entozoaire n'a pas provoqué de phénomènes inflammatoires, l'inspection extérieure de l'œil ne révèle rien de particulier : l'organe a une tension normale ; seule, la pupille est paresseuse, ne se contracte que très lentement ; si, par un artifice quelconque, on vient à obturer l'œil sain, on voit du côté malade que la pupille ne réagit plus et est devenue insensible à la lumière.

Tous ces symptômes sont communs à toutes les amblyopies. Aussi ne présentent-ils aucune valeur diagnostique.

Il n'en est pas de même des signes révélés par l'ophtalmoscope : ces signes, qui appartiennent pour la plupart à la fois aux cysticerques du corps vitré et à ceux du fond de l'œil, sont les suivants :

Quand le cysticerque est sous la rétine, il se présente au début sous l'apparence d'une tache blanche à reflet bleuâtre. Cette tache, augmentant en étendue et en épaisseur avec le développement du parasite, la rétine se décolle par suite de l'accumulation de liquide sécrété entre la choroïde et la rétine. On peut constater à l'ophtalmoscope les mouvements de l'animal. Nous y reviendrons plus loin.

Le cysticerque peut avoir pour siège la macula (Ewers) : la fovea revêt alors l'aspect d'une tache apoplectiforme, d'où la confusion possible avec une embolie de l'artère centrale de la rétine.

Au niveau du décollement la rétine est enflammée,

épaissie, vascularisée, par le processus inflammatoire ; le corps vitré avoisinant est le siège de fins exsudats membraneux, *se mouvant en bloc* avec la rétine décollée : ce symptôme, dit Panas, est pathognomonique et sert à lui seul à dévoiler la présence du cysticerque.

Mais l'entozoaire a perforé la rétine et est passé dans le corps vitré. Au point de vue clinique, il importe surtout d'établir nettement le diagnostic différentiel entre la présence de cet entozoaire et celui d'un décollement partiel de la rétine, ou des paquets d'opacités agglomérées dans le corps vitré. Les difficultés ne surgiront que quand l'inspection de l'œil sera rendue difficile par la présence d'un trouble des milieux, tandis qu'un cysticerque se mouvant dans un milieu absolument transparent ne pourra guère être confondu avec une autre altération morbide.

La forme d'un cysticerque parfaitement mobile est absolument *sphérique*, et cela à un tel point que, même lorsque la vésicule se met en contact avec les parties déclives de l'œil, lorsque le malade tient la tête droite et immobile, on ne saurait guère songer à un décollement partiel de la rétine.

Si l'on conserve un doute, il suffit de renverser la tête du patient en arrière, la tenir immobile pendant quelque temps, pour pouvoir se rendre compte du déplacement de la vésicule et de la possibilité d'éclairer la partie du fond de l'œil sur laquelle elle reposait auparavant. Donc même en l'absence de la constatation des détails anatomiques de l'animalcule, cette *mobilité* du

corps vésiculaire absolument sphérique suffirait pour le diagnostic (de Wecker).

Cette vésicule est de couleur gris perle ou blanc bleuâtre dans son ensemble, légèrement orangée à ses limites. Sa surface présente des points blanc laiteux caractéristiques. Le champ d'observation du fond de l'œil est d'une couleur rouge, un peu pâle, légèrement trouble. Les vaisseaux rétiniens ne passent pas sur la tumeur : ils s'arrêtent tous à sa circonférence, ou sont complètement invisibles. Ce fait prouve que la vésicule est bien dans le corps vitré et non sous la rétine.

S'il reste encore un doute, il se dissipe lorsque, en explorant avec soin pareille vésicule, on peut tout d'abord apercevoir un reflet brillant, mal délimité, qui occupe une partie du corps sphérique, et lorsque, en s'adaptant bien pour cette partie claire, on la voit s'effiler en un prolongement qui, à mesure qu'il sort du corps vésiculaire, laisse distinctement apercevoir la tête carrée, une fois qu'une assez grande partie du cou a sailli du corps de l'animal.

Ainsi étendu, on voit que le cou se trouve étranglé près de son point d'insertion au corps. On peut aussi à ce moment apercevoir des mouvements de rotation de la tête, dont les appendices en crochets sortent par saccades. Le cou s'allonge, l'appendice céphalique ballotte, se colle au corps, se replie, devient rectiligne dans des mouvements d'oscillations lents et réguliers.

Les mouvements sont parfois incessants, parfois au contraire ils sont nuls, et l'animal reste inerte et immobile dans sa vésicule, « à ce point, dit de Wecker, que

l'on peut croire qu'il s'agit d'un entozoaire trépassé ».

Un des symptômes les plus précieux pour le diagnostic est de pouvoir constater la mobilité de ce corps vésiculaire, symptôme qui est surtout important lorsque, par la position de l'entozoaire, l'observation, en ce qui concerne la présence du cou et de la tête, est rendue impossible.

Il faut savoir ici différencier entre mouvement propre et mouvement imprimé par déplacement de la tête et de l'œil du patient. Le malade regardera fixement en bas et on n'examinera seulement qu'un petit segment de la vésicule. On pourra bientôt se rendre compte que ce segment exécute un mouvement ondulatoire, ou par saccades, « de façon qu'une portion plus volumineuse jaillit dans le champ éclairé de l'observation » (de Wecker).

Les petites taches blanches de la surface de la vésicule, ci-dessus mentionnées, peuvent servir de points de repère, pour apercevoir un mouvement ondulatoire des parois de la vésicule, mouvement semblable au déplacement péristaltique de l'intestin, et que M. Otto Becker a décrit avec force détails.

Quant à ce qui concerne les dimensions du cysticerque, elles sont difficiles à indiquer, à cause de l'emplacement variable qu'occupe l'animalcule. S'il est à proximité de la surface postérieure du cristallin, libre dans le corps vitré, il nous paraît à peine, avec son col allongé, atteindre comme dimensions le diamètre pupillaire. Si au contraire il occupe les régions équatoriales, fixé par des opacités filamenteuses, il nous produit l'effet d'avoir

un volume quadruple de celui du diamètre de la pupille.

En même temps que le cysticerque dans le vitré, on observe souvent dans le fond de l'œil des désordres qui contribuent à corroborer le diagnostic.

C'est ainsi qu'on peut découvrir, en un point circonscrit de la rétine, les vestiges d'un orifice formé par une plaque blanchâtre, brillante, ressemblant à un foyer exsudatif récent, et qui indique la voie sous-rétinienne par laquelle le cysticerque est arrivé au centre de l'œil. On peut, autour de cette ouverture oblitérée, voir des taches pigmentaires signalées par Otto Becker. La papille du nerf optique souvent entourée d'un léger brouillard peut en partie être masquée.

Pour bien voir tous les détails pathognomoniques que nous indiquons plus haut, il importe que les milieux soient bien éclairables et bien transparents. Dans les premiers temps, l'humeur vitrée conserve toute sa transparence. Mais il arrive un moment où le cysticerque entraîne autour de lui des phénomènes de réaction inflammatoire, et son séjour prolongé finit en général par provoquer des accidents propres à la présence dans l'œil d'un corps étranger aseptique.

Tout d'abord, le corps vitré est traversé par quelques légères fausses membranes auxquelles certains auteurs de Graefe en particulier, attachent une grande valeur. Il se forme progressivement des opacités du corps vitré de plus en plus nombreuses, qui contournent le scolex et finissent par le soustraire entièrement à l'observation. L'acuité visuelle baisse alors d'une manière marquée et

brusque par suite d'un décollement étendu de la rétine. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'entozoaire finit par s'enkyster, en permettant la conservation d'une faible portion de la vision.

Au contraire, le plus souvent, après décollement plus ou moins complet de la rétine, il se développe une irido-choroïdite traînante, grave, qui se termine par une phtisie du globe oculaire, ou pis encore par une suppuration intra-oculaire qui se traduit par le cortège symptomatique ordinaire des accidents inflammatoires du corps vitré.

Cette irido-choroïdite peut être interrompue par des poussées glaucomateuses, et serait susceptible de se compliquer d'ophtalmie sympathique.

Toutefois, en ce qui concerne cette dernière complication, faisons remarquer que les deux observations publiées par Jacobson et Pincus à ce sujet ne sont pas démonstratives : dans le premier cas il n'y avait que des phénomènes sympathiques et non de l'ophtalmie ; dans le second cette ophtalmie se développa après une opération de cataracte, et il n'est pas douteux que cette ophtalmie n'ait été la conséquence directe de l'opération.

Ces diverses évolutions ont habituellement lieu dans l'espace de quelques mois, et il faut regarder comme absolument insolite le fait relaté par Teale, où le scolex, pendant deux ans, n'a guère produit d'altérations bien marquées, laissant supposer que son séjour se rapportait à l'enfance (de Wecker).

Il est de règle que les symptômes qui entraînent la perte de la vision avec phtisie plus ou moins pronon-

cée du globe oculaire, se développent dans le courant de l'année.

Au point de vue prophylactique, Hirschberg a noté que le contrôle des viandes amène une décroissance marquée de la maladie ; ainsi on observe surtout le cysticerque oculaire à Berlin, en Saxe et en Thuringe ; tandis qu'en Wurtemberg où l'usage de la viande de de porc est moins répandu, cette maladie est peu commune (Panas).

CHAPITRE III

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Le cysticerque enfermé dans le globe oculaire finissant peu à peu par le désorganiser complètement dans un laps de temps plus ou moins long, tous les observateurs étaient unanimes à reconnaître qu'il était indiqué d'intervenir par une opération pour débarrasser l'œil de cet hôte dangereux.

La première tentative faite en Allemagne pour enlever un cysticerque du corps vitré fut pratiquée en 1855 par de Graefe. Ce dernier pratiquait l'opération en faisant une incision cornéenne : le premier temps consistait en une iridectomie inféro-externe, et quatre semaines plus tard on pratiquait l'extraction du cristallin transparent; enfin un mois et demi après l'extraction de la lentille, on procédait à celle de l'entozoaire.

Mais cette opération, qui se faisait en trois séances séparées par des intervalles de quatre à six semaines, donna des résultats peu encourageants, à en juger par le témoignage de Hirschberg et Leber. De Graefe lui-

même changea sa méthode et fit une incision sclérale équatoriale. Mais Arlt proposa de s'attaquer à la sclérotique par une incision méridienne.

Cette méthode fut perfectionnée par Alfred Graefe, puis employée par Leber dès 1877. Alfred Graefe put même extraire des parasites occupant le fond le plus reculé de l'œil et dont il avait auparavant précisé la situation grâce à son ophtalmoscope à localisation.

Treitel, Dolina, Vossius, Wagenmann, Seyfert et d'autres encore pratiquèrent plus ou moins cette intervention.

De Wecker préconisait « la ponction galvanique quand on avait affaire à un cysticerque sous-rétinien ou attaché à la membrane nerveuse par des filaments et membranes du corps vitré. Cet évidement de la vésicule avec le fil de platine rougi, à travers la sclérotique, ajoute-t-il, me paraîtrait moins blessant que l'incision qui doit livrer passage à l'animalcule dont la présence à l'état de cadavre ne saurait présenter d'inconvénients, comme le prouvent les enkystements du cysticerque. »

Chibret employa une autre méthode. Après avoir échoué dans trois cas dans ses tentatives d'extraction par incision méridienne, il réussit, dans le dernier cas, à faire l'aspiration du cysticerque à travers la plaie méridienne réouverte au bout de trois jours.

Dans un autre cas encore, Chibret a injecté deux gouttes d'une solution de cyanure de mercure au 500e qui ont amené une assez vive réaction. Trois mois après, le globe était atrophié et cataracté.

Ni l'une ni l'autre de ces méthodes ne sont à conseiller.

Plus récemment une nouvelle méthode fut préconisée et pratiquée, en particulier par M. Lagrange et M. L. Dor : c'est l'électrolyse.

Dans un cas de cysticerque sous-rétinien, M. Dor pratiqua une ponction électrolytique avec un courant de 5 milliampères durant cinq minutes, le pôle positif aboutissant à l'aiguille implantée dans le kyste, le pôle négatif étant mis dans la région dorsale du malade. M. Dor constata la disparition de la vésicule et le recollement de la rétine ; le malade conserva à peine une légère diminution d'acuité visuelle. M. Dor attribue ce succès à la précocité de l'intervention (quelques jours après l'apparition du décollement), et au siège très périphérique du parasite. Il persista chez le malade un certain degré de diplopie verticale par parésie du droit inférieur ou contracture du petit oblique.

Nous estimons qu'il doit être extrêmement difficile d'implanter une aiguille dans un cysticerque de l'humeur vitrée, corps en général très mobile et par conséquent peu facile à atteindre ; de plus, cette méthode n'a pas été employée pour une vésicule du vitré, et on ne peut en apprécier les résultats immédiats et surtout éloignés ; enfin nous lui trouvons d'autres inconvénients sur lesquels nous reviendrons quand nous critiquerons l'extraction du cysticerque.

Récemment encore, M. Bocchi a pu extraire, par incision longitudinale supéro-interne, une vésicule de cysticerque du corps vitré, qui avait été vainement

traitée par des injections de quelques gouttes de sublimé à 1 pour 2.000 et l'électrolyse, à cause de la difficulté d'embrocher le parasite avec l'aiguille. Pour éviter la perte du vitré qui était liquéfié à un degré extrême, celui-ci fut aspiré en bonne quantité, conservé dans une seringue en verre au bain-marie, puis injecté à nouveau après l'extraction du parasite.

L'intervention, dit l'auteur, ne fut suivie que d'une réaction très modérée : hémorragie du vitré, résorbée dans la suite, tension normale, vision des mouvements de la main à trente centimètres.

Nous ne saurions conseiller l'emploi de cette méthode que nous estimons plutôt très dangereuse.

L'extraction d'un cysticerque du corps vitré est une opération extrêmement délicate.

La principale difficulté ne réside pas tant dans l'incision elle-même que dans la localisation exacte de la vésicule de l'entozoaire.

Si A. de Graëfe a obtenu des résultats satisfaisants, c'est que la détermination du siège de l'animalcule était possible, tandis que lorsqu'il se trouve absolument libre dans le corps vitré, se déplaçant à mesure que le malade change de position, les conditions deviennent très mauvaises pour l'opérateur le plus expérimenté dans ce genre d'opérations.

En effet le point délicat consiste à repérer exactement la situation du cysticerque, et par conséquent le lieu où doit porter l'incision sclérale pour que l'opérateur atteigne facilement l'entozoaire. Cette question, assez aisée

quand le cysticerque est sous-rétinien nécessite des calculs compliqués quand la vésicule réside au milieu du corps vitré (Schmidt-Rimpler).

Si la localisation du scolex n'est pas bien faite, l'extraction aura bien moins de chances de réussir, soit que le corps vitré, faisant irruption par la plaie, n'entraînera pas le cysticerque à cause du défaut de localisation absolument exacte de la section, soit que l'entozoaire aura exécuté lui-même un mouvement de translation, parce qu'il aura été repoussé mécaniquement par l'instrument introduit dans le vitré.

Alors, si l'on persiste avec des instruments à traction à chercher le scolex dans l'intérieur de l'œil, on contribuera à accentuer les désordres nutritifs du corps vitré.

On ne perdra donc pas de vue que « malgré la mensuration la plus exacte du nid habité par le ver, en s'aidant de l'ophtalmoscope et du périmètre, l'animal peut se dérober au moment où l'on veut le saisir, et il devient impossible de l'extraire, ce qui est arrivé à de Graëfe et à d'autres... Celui qui entreprend une opération aussi délicate doit savoir qu'elle ne réussit pas aussi facilement qu'on se l'imagine » (Hirschberg).

De plus, l'extraction du cysticerque ne peut s'effectuer que par une incision assez étendue de la sclérotique (8 millimètres environ), avec issue plus ou moins abondante de corps vitré ; en outre, dans ce corps vitré, qui a plus ou moins souffert dans sa nutrition par suite de la présence de l'entozoaire, on introduit une pince ou tout autre instrument de traction qui ne pourra qu'augmenter la désorganisation de l'humeur vitrée,

condition des plus fâcheuses pour l'avenir d'un organe que l'on veut conserver.

Lorsqu'on opère une cataracte secondaire, on évite avec soin de ne pas ouvrir la capsule postérieure afin de ne pas léser les couches superficielles du corps vitré ; il nous semble donc téméraire d'introduire, dans cette humeur vitrée déjà altérée, un instrument qui, très probablement, la désorganisera encore plus dans l'avenir, car l'on sait que le corps vitré ne réagit pas en général immédiatement à la suite de ces sortes de traumatismes, mais au bout d'une échéance plus ou moins longue : « Il ne pardonne pas les injures qu'on lui fait. »

Aussi doit-on distinguer entre le résultat médiat de l'opération et celui que l'on constatera deux ou trois ans après l'intervention, époque où la rétraction cicatricielle de la plaie sclératicale a pu produire tous ses effets fâcheux, comme traction sur les parties avoisinantes de la rétine et du corps vitré (de Wecker).

Mais auparavant, le vitré se sera probablement déjà organisé, de véritables tractus se seront formés, qui, peu à peu, par leur rétraction, décolleront le plus ou moins de rétine qui sera resté encore appliquée, et entraîneront par la suite la phtisie du globe oculaire.

Dans la suite, et souvent encore, une cataracte peut se développer, qui peut être enlevée, mais qu'il est préférable de laisser en place, si l'acuité visuelle était déjà médiocre ou mauvaise auparavant (Leber).

Leber a signalé également un accident possible qui peut survenir pendant l'extraction du cysticerque, et

qui se produirait surtout après une perte de corps vitré : il s'agit d'une hémorragie intra-oculaire, hémorragie *ex vacuo*, due à ce que la sclérotique non rétractile ne suit pas la diminution de volume du vitré (Germelmann).

On est même quelquefois obligé de recourir à une énucléation ou une énervation, même après une issue heureuse de l'opération, soit par crainte de phénomènes sympathiques possibles, soit surtout à cause d'une irido-cyclite qui éclate ou était déjà en voie d'évolution (Leber).

Stölting eut une extraction de cysticerque du corps vitré suivie d'un décollement total de la rétine et d'une hémorragie du corps vitré, sans irritation de l'œil ni altération de la pression intra-oculaire.

Comme on peut le voir, l'extraction d'un cysticerque du corps vitré est une opération qui, non seulement est est très délicate à bien exécuter, mais encore fait courir au malade des risques extrêmement sérieux : décollement plus ou moins complet de la rétine, organisation du corps vitré, hémorragie intra-oculaire, phtisie du globe, sans parler de cataracte traumatique ou ultérieure possible, ou de choroïdite consécutive dont nous avons relevé plusieurs observations.

Si encore, après une intervention bien conduite et exempte de complications, on avait l'espoir de restituer au malade une certaine acuité visuelle. Mais le fâcheux de cette intervention c'est que le résultat au point de vue de l'acuité visuelle est ordinairement médiocre : à peine les patients peuvent-ils compter les doigts en général (Schmidt-Rimpler). Souvent après, la vision baisse

ou devient nulle, quelquefois elle se maintient, et rarement elle s'améliore.

A la suite d'une opération de ce genre, dont l'issue avait été plutôt mauvaise, le malade, dix-huit mois après son intervention, « avait une cataracte molle, plus de perception lumineuse, et un ramollissement des plus accusés laissait redouter que cette phtisie essentielle ne se transformât peu à peu en phtisie réelle », de Wecker disait, au sujet de l'extraction du cysticerque :

« En dépit de nombreux et brillants résultats signalés par notre confrère de Halle, il n'en reste pas moins vrai, ainsi que l'annonce le professeur Cohn, que depuis une série d'années le silence s'est peu à peu fait dans la littérature sur ce genre d'opération, qui avait excité à un si haut degré la curiosité des confrères. Probablement, ceux qui, comme nous, ont pu se renseigner sur le résultat définitif d'une pareille opération, l'ont trouvé, comparativement au résultat immédiat qu'on livre habituellement à la publicité, peu encourageant pour se décider, soit à de nouvelles opérations, soit à une publication trop hâtive de celles qu'on a exécutées. »

Sans être peut-être aussi pessimiste que de Wecker, nous estimons cependant qu'il faut se montrer très réservé sur les résultats d'une extraction de cysticerque du corps vitré, tant que ces résultats n'auront pas été constatés au bout d'un temps suffisamment long. Il faut en effet revoir le malade des mois, des années après l'intervention, contrôler de nouveau son acuité

visuelle, se rendre un compte exact de l'état du globe oculaire et de sa tension, avant d'émettre un avis définitif, autrement l'on risque fort d'affirmer un résultat qui aura bien des chances d'être prématuré et inexact.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Comme on peut le voir dans le chapitre précédent, le traitement chirurgical des cysticerques du corps vitré est loin de donner des résultats satisfaisants, et dans la suite il donne souvent lieu à de graves mécomptes. Aussi, lorsque nous constatâmes chez un malade la présence d'un entozoaire du vitré, nous nous demandâmes quel traitement nous appliquerions à notre patient pour faire disparaître le cysticerque de son œil.

Notre maître, M. le professeur Dianoux, étant allé au dernier Congrès d'ophtalmologie à Paris, confia son embarras à différents oculistes, des étrangers en particulier, qui avaient eu l'occasion de voir des cas analogues à celui qui nous préoccupait. Ces spécialistes compétents ne l'encouragèrent point à tenter une extraction, parce que l'état de l'œil de notre malade ne justifiait pas une pareille intervention (aucune réaction locale, presque pas d'acuité visuelle).

Mais qu'allait devenir l'entozoaire à l'intérieur du

globe oculaire ? ne finirait-il pas par déterminer un jour ou l'autre une irido-cyclite peut-être purulente, ainsi qu'il arrive souvent lorsqu'un cysticerque du corps vitré est abandonné à lui-même ?

Notre embarras ne faisait donc qu'augmenter lorsque M. le professeur Rappin, professeur de Bactériologie à l'École de médecine de Nantes, à qui nous avions communiqué notre observation, nous indiqua un article paru dans la *Semaine médicale* en 1908, dont la lecture pouvait nous intéresser.

Qu'il nous permette ici de lui témoigner toute notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

Cet article était intitulé : « Emploi de la fougère mâle dans le cas de cysticerque cérébral et d'échinocoque du foie », et était le résumé d'observations publiées par M. le docteur de Renzi, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Naples.

D'après l'expérience de M. le professeur de Renzi, les propriétés anthelminthiques de l'extrait éthéré de fougère mâle seraient susceptibles d'être utilisées, avec succès, non seulement contre les vers intestinaux, mais encore pour combattre les parasites logés dans d'autres organes internes, tels que le cerveau, le foie, etc...

Observation I

C'est ainsi que M. de Renzi a eu l'occasion de recourir à ce moyen chez un homme de 38 ans, exempt d'antécédents héréditaires et personnels, qui, cinq années auparavant, avait, à différentes reprises, expulsé des anneaux de tænia solium.

Trois ans plus tard, il fut pris brusquement, en pleine santé, d'un accès convulsif avec perte de connaissance, accès qui se renouvela au bout de quelques jours.

On institua alors un traitement anti-épileptique, en même temps que l'on ordonnait un tænifuge, sous l'influence duquel le patient expulsa effectivement un vers solitaire qui fut rejeté en entier, la tête comprise.

Néanmoins les crises convulsives, loin de disparaître, se reproduisaient toujours, devenant même plus intenses, et laissant subsister une prostration générale, avec sensation de pesanteur à la tête, vertiges, palpitations et dyspnée augmentant au moindre effort.

En l'absence de tout antécédent du côté du système nerveux, le diagnostic de cysticerque cérébral paraissait s'imposer, et cela d'autant plus qu'il s'agissait d'un individu qui avait fréquemment mangé de la viande de porc mal cuite, et avait hébergé un tænia.

De plus, on constatait, sur toute l'étendue du corps du malade, la présence de nombreuses petites tumeurs, dont la forme, les dimensions, la consistance dure et cartilagineuse, ainsi que la mobilité, rappelaient les cysticerques sous-cutanés.

Et, de fait, une de ces petites tumeurs ayant été excisée, son examen direct confirma le diagnostic.

Ajoutons que le patient présentait en outre une éosinophilie accentuée.

Cela étant, M. le professeur de Renzi ordonna à son malade de l'extrait éthéré de fougère mâle, à la dose de deux à quatre capsules par jour. Grâce à cette méthode, continuée pendant quelque temps, les troubles cérébraux, ainsi que les cysticerques sous-cutanés et l'éosinophilie, ne tardèrent pas à disparaître.

Depuis lors il s'est écoulé un an sans que l'on ait eu à enregistrer de nouveaux accès convulsifs.

Notre maître, M. le professeur Dianoux écrivit alors à M. de Renzi qui lui conseilla d'instituer à notre malade le traitement qui avait réussi au sien.

De notre côté nous écrivîmes à M. de Renzi qui nous fit parvenir les observations qu'il avait publiées à ce sujet.

Qu'il nous permette de lui adresser ici nos bien sincères remerciements et de l'assurer de notre vive reconnaissance.

La première observation est celle que nous relatons en entier ci-dessus.

Observation II

Dans un deuxième cas, il s'agit de cysticerques du cerveau et de la peau observés chez une femme.

Cette malade avait depuis trois ans un tænia solium. Depuis deux ans elle présente des vertiges, de la céphalée, perte de la mémoire, de la myasthénie complète, de la polyurie et une dénutrition générale.

De plus la malade présente à la base du cou, immédiatement au-dessus du manubrium du sternum, presque sur la ligne médiane, une petite tumeur de forme oblongue, un peu plus grosse qu'une fève, et présentant tous les caractères des cysticerques comme résistance et élasticité.

Cette malade fut vue à deux reprises différentes, à sept jours

d'intervalle. Pendant ce laps de temps, comme traitement,cette femme prit seulement le matin 3 capsules d'extrait éthéré de fougère mâle.

Après ce traitement, la petite tumeur était moins élastique, plus flasque, et réduite aux deux tiers de son volume primitif.

Tous les autres phénomènes disparurent, et seule persista, à un degré moins sensible, la faiblesse générale.

Observation III (*résumée*)

Il s'agit ici d'un homme de 32 ans, vivant constamment en compagnie de chiens, et présentant tous les signes caractéristiques d'un kyste hydatique du foie, avec examen radioscopique positif, et éosinophilie marquée.

Ce malade fut soumis au traitement déjà indiqué : au bout de vingt jours de ce traitement, les troubles morbides disparurent presque complètement et le malade put même reprendre son travail habituel à sa sortie de l'hôpital.

Observation IV (*résumée*)

Il s'agit ici d'une jeune femme de 26 ans,qui vivait également en compagnie de chiens, et présentait depuis un an un kyste hydatique du poumon : douleur dans le thorax, hémoptysies très abondantes, avec rejet de membranes qui faisaient partie de la paroi du kyste à échinocoque.

La malade est soumise au traitement par l'extrait éthéré de fougère mâle, et au bout de peu de jours, on notait une très notable amélioration.

La lecture de ces très intéressantes observations nous décida à instituer ce traitement nouveau à notre malade qui, comme on le verra plus loin, présentait des points communs avec les deux premiers malades de M. le professeur de Renzi.

Observation V

(Personnelle et inédite.)

Le 25 mars 1909, Ernest Au..., 31 ans, manœuvre, vint à la consultation des maladies des yeux, parce qu'il s'était aperçu que, depuis deux mois environ, l'acuité visuelle de son œil gauche avait beaucoup baissé.

Cette baisse d'acuité visuelle a été progressive, et n'a été accompagnée d'aucune douleur de l'œil lui-même.

Pas d'antécédents oculaires antérieurs.

Le malade a beaucoup voyagé, notamment en Italie, en Amérique, en Corse, en Algérie, et récemment en Russie et en Turquie. Il n'a jamais été en Allemagne.

Au cours de son dernier voyage en Turquie, vers juillet 1908, le malade a été hospitalisé à Constantinople pendant deux mois et demi environ pour albuminurie : il avait, nous dit-il, 1 gr. 50 d'albumine.

Il revient à Marseille où il est hospitalisé de nouveau pendant deux mois environ ; à ce moment-là il n'a plus d'albumine.

Il n'a jamais eu d'accidents de paludisme.

On ne note pas de syphilis.

Pas d'excès d'alcool avoués : le malade ne boit que du vin rouge en quantité normale.

Aucun antécédent du côté du tube digestif: jamais d'anneaux de tænia n'ont été constatés dans les selles.

Notre homme ne peut pas préciser s'il a mangé de la viande de porc crue ou peu cuite.

Jusqu'au mois de janvier 1909 on ne note aucun accident nerveux.

Depuis le 1er janvier le malade a eu 5 ou 6 crises épileptiformes : il a tout d'un coup de la céphalée, puis au bout de très peu de temps il perd connaissance et tombe.

Il présente pendant ses crises, seulement des soubresauts dans les bras et des mouvements de balancement de la tête.

Pas d'écume à la bouche.

Pas d'émission d'urines après les crises.

Il ne s'est jamais mordu la langue.

La première crise dura près d'une demi-heure ; les autres durèrent un peu moins de temps.

L'état général n'est pas très satisfaisant ; on note des maux de tête, de la somnolence, quelques vertiges ; le malade est un peu pâle mais n'a pas du tout maigri.

Du côté du globe oculaire, on ne note aucune injection des vaisseaux tant superficiels que profonds ; la pupille est régulière et réagit à la lumière et à l'accommodation.

Tension normale.

V : OD = 1.

OG, compte les doigts à 30 centimètres environ. Inaméliorable.

Comme symptômes oculaires subjectifs on ne note presque rien :

Pas de mouches volantes ;

Pas de photopsies ;

Seulement quelques élancements dans le globe, et quelques douleurs périorbitaires.

A l'ophtalmoscope, on remarque tout d'abord dans le corps vitré des organisations de couleur blanchâtre, comme on en voit dans la rétinite proliférante, si bien que ce diagnostic est tout d'abord mis en avant. On pense également à un décollement de la rétine possible.

Cependant, comme la pupille du malade est peu dilatée, on lui instille une goutte d'atropine dans l'œil gauche, et on remet au lendemain un examen plus complet du fond de l'œil.

Le lendemain, 26 mars, l'ophtalmoscope révèle la présence dans le corps vitré d'un corps absolument sphérique, dont le diamètre apparent semble être environ de 4 fois celui de la papille.

Sa couleur est blanc bleuâtre dans son ensemble, la périphérie est légèrement orangée; la surface présente quelques points plus blancs.

Tout autour de ce corps sphérique, le fond de l'œil apparaît rouge, un peu pâle et très légèrement trouble.

On aperçoit la papille normale.

Le corps vitré est transparent.

Les vaisseaux rétiniens ne passent pas sur cette sphère, mais, à sa périphérie, ils disparaissent derrière elle : ce qui prouve bien le siège, dans le corps vitré, du corps en question.

Ce dernier était rattaché à la rétine par une sorte de pédicule qui empêchait la vésicule de se mouvoir.

Notre maître, M. le professeur Dianoux, n'avait jamais eu l'occasion de voir pareille chose à l'ophtalmoscope. Mais, en présence de symptômes aussi caractéristiques, il porte sans hésitation le diagnostic de cysticerque du corps vitré.

Dans les jours qui suivent, ce diagnostic est confirmé d'une façon indiscutable.

En effet, pendant un examen ophtalmoscopique à l'image droite, on constata des mouvements actifs de la paroi de la vésicule, et soudain l'on vit sortir du corps vésiculaire un prolongement qui s'allongea peu à peu et assez rapidement.

A l'extrémité de ce prolongement on note un renflement de forme carrée : c'est le long cou de l'animalcule terminé par la tête caractéristique. Ce cou est légèrement rétréci près de son point d'insertion au corps de la vésicule.

Cet appendice se mit alors en mouvement : le cou s'allongea, se rétrécit, se plia à moitié, puis se redressa. A un moment donné il se replia en forme d'anse ; la tête se cacha derrière la vésicule et devint invisible pendant quelque temps.

En s'adaptant spécialement pour la tête, et en examinant avec soin cette dernière, on aperçoit sur les côtés des taches un peu plus noires qui sont probablement les ventouses. Tout autour de la tête, on distingue par moments, mais d'une façon un peu floue, de petits prolongements animés de mouvements, qui doivent être les crochets.

Dans les jours qui suivirent cet examen ophtalmoscopique, on nota encore des mouvements actifs, d'autres jours on n'en notait pas. On remarquait seulement que la vésicule était déformée en un endroit où se trouvait la tête : cet endroit était de couleur blanc jaunâtre, tranchant sur le gris opalescent et irisé de la vésicule, ainsi que sur le rouge brique du fond de l'œil.

. . . . . .

Notre malade était donc atteint de cysticerque du corps vitré, et, en plus, très vraisemblablement, de cysticerques de l'encéphale.

Car les phénomènes cérébraux qu'il a présentés ne peuvent guère être causés que par la présence d'un ou plusieurs entozoaires dans le cerveau, irritant même l'écorce de ce dernier, supposition bien légitime, étant donnée la présence de l'hôte hébergé par l'œil gauche.

Ces accidents épileptiformes tardifs en sont la principale manifestation, car chez notre malade, ni l'hérédité, ni la syphilis, ni une affection des vaisseaux, ni un traumatisme du crâne antérieur, ni des accidents urémiques ne peuvent être incriminés.

Bien que notre malade n'ait jamais rendu dans ses selles des anneaux de tænia (du moins il n'en a pas vu), nous lui prescrivons tout d'abord néanmoins :

Extrait éthéré de fougère mâle. . .	0 gr. 50
Calomel	0 gr. 05

pour une capsule n° 12, à prendre de dix minutes en dix minutes jusqu'à effet.

Le lendemain, le malade nous apporta à la consultation environ 4 à 5 mètres d'un tænia que nous reconnûmes comme étant un tænia solium.

Nous recherchâmes avec beaucoup de soin la tête, mais nous ne la trouvâmes point.

L'acuité visuelle de l'O.G. est maintenant nulle.

Le 21 avril. — Nous commençons le traitement préconisé par M. le professeur de Renzi. Nous prescrivons à notre malade :

Extrait éthéré de fougère mâle 0 gr. 50 pour une capsule, en prendre 3 par jour.

Le 25 avril. — On constate du côté de la vésicule un mouvement de descente dans le corps vitré : maintenant, pour bien

voir le cysticerque, il faut que le malade regarde tout à fait en bas.

On ne note pas de mouvements actifs.

Le 2 mai. — On note une nouvelle crise épileptiforme analogue à celles qui ont eu lieu au commencement de l'année. Cette crise a été précédée d'une douleur périorbitaire droite peu violente.

Elle dura environ une demi-heure.

Le 3 mai. — On prescrit une capsule de plus à prendre par jour, soit 4 capsules représentant 2 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle.

Les jours qui suivirent le malade a un peu de diarrhée, néanmoins on continue de prescrire la même quantité de capsules.

Le 20 mai. — On cesse de donner des capsules pendant quelques jours.

Le 24 mai. — Très légère crise précédée par un peu de céphalée : le malade s'allonge lui-même sur son lit ; il n'a pas eu de perte de connaissance, ni de secousses dans les bras comme dans les crises antérieures; seulement quelques contractions de la face.

Cette crise ne dura que quelques minutes. On fait un examen ophtalmoscopique, et l'on note que la vésicule a changé notablement dans sa forme : elle est maintenant aplatie, et n'a plus sa forme globuleuse; elle rappelle assez bien l'aspect que présente un cristallin atteint de cataracte siliqueuse (forme en galette).

Pas de mouvements actifs.

La papille apparaît plus nettement : à l'image renversée on la voit du côté temporal par rapport à la vésicule.

Du côté de la rétine, on note de petits îlots blancs d'atrophie.

On ne retrouve pas, dans le fond d'œil, le point par lequel le cysticerque a fait irruption dans le corps vitré.

Le 25 mai. — On prescrit de nouveau 4 capsules de 0 gr. 50 d'extrait éthéré.

Mais on est obligé de suspendre le traitement le 5 juin, parce que le malade prétend que les capsules lui font mal à l'estomac. Il n'a pas de diarrhée.

Le 10 juin. — Nouvel examen ophtalmoscopique : à l'image renversée on constate que la vésicule est encore plus aplatie que lors du dernier examen ; la périphérie présente encore des limites assez nettes, et conserve sa couleur jaune doré.

Tout à fait au centre de la vésicule on voit une masse d'un blanc jaunâtre, épaisse, informe, ne se laissant pas traverser par l'ophtalmoscope, ressemblant à un leucome épais, et qui n'est pas autre chose que l'entozoaire, mort et rétracté sur lui-même.

Entre cette masse centrale et la périphérie, est une zone légèrement blanchâtre, pas opalescente, à travers laquelle on aperçoit la couleur rosée du fond d'œil.

A ce niveau, il est vraisemblable que les parois de la vésicule sont adossées, étant donné le degré d'aplatissement de l'œuf tout entier.

L'acuité visuelle de l'O.G est toujours nulle.

A droite V : 1.

Depuis le mois d'avril le malade n'a pas rendu d'anneaux de tænia.

L'état général est meilleur : plus de vertiges, ni de somnolence, ni de maux de tête.

Le 12 juin. — Le malade reprend son traitement ; mais au bout de quelques jours, il se plaint de son estomac et a un peu de diarrhée. On suspend de nouveau le traitement.

Le 15 juin. — Notre homme nous apprend qu'il a, à la partie nférieure du triangle de Scarpa de la cuisse droite, une petite grosseur. Celle-ci est environ du volume d'un pois.

Elle ne cause aucune douleur spontanée ni provoquée.

Elle est très mobile sous le doigt, dure et adhérente au derme.

Nous faisons le diagnostic très vraisemblable de cysticerque sous-cutané.

Nous avions antérieurement fait un examen très sérieux de toute la peau de notre patient et n'avions rien trouvé d'anormal. Il est possible, qu'à ce moment, ce cysticerque ait passé inaperçu.

Mais alors, cet entozoaire est-il encore vivant, ou bien est-il mort?

Nous nous apprêtions à en avoir la certitude, en en pratiquant l'extraction, lorsque le malade fut pris d'une nouvelle crise le 16 juin, crise où il y eut perte de connaissance, précédée de céphalée, pas de convulsions de membres supérieurs, seulement des contractions de la face qui faisaient dévier la bouche du côté gauche.

Cette crise dura environ un quart d'heure.

Elle fut suivie le lendemain d'une nouvelle crise, mais moins forte que celle de la veille.

Le malade est remis immédiatement au traitement (4 capsules par jour).

De plus on prescrit :

Bromure de potassium . . .	2 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges . .	30 —
Eau	90 —

à prendre tous les jours.

Le 2 juillet. — On suspend le traitement.

L'état général est bien meilleur.

Le petit kyste de la cuisse a diminué de volume, de moitié environ.

On continue quelque temps le bromure de potassium.

Du côté du corps vitré, la vésicule est toujours très aplatie, le cadavre du cysticerque est moins volumineux.

Le 15 juillet. — On suspend le bromure et on prescrit quatre capsules par jour.

Rien à noter dans les jours qui suivent.

Le 4 août. — On suspend le traitement.

Pas de crises, état général excellent.

Le kyste de la cuisse a disparu.

Du côté de l'œil, le centre de la vésicule est toujours opaque, mais la périphérie est un peu plus transparente.

Le 30 août. — Le malade reprend trois capsules pendant dix jours, par pure précaution, car nous considérons le malade comme guéri depuis longtemps.

L'acuité de l'O. G. est toujours nulle.

O D, V = 1.

Le 30 septembre. — On fait encore un examen ophtalmoscopique : l'aspect de ce qu'a été la vésicule rappelle, à s'y méprendre, les lésions de la rétinite proliférante.

Les limites de la vésicule ne sont plus nettes; on aperçoit très bien la papille.

L'état général est excellent : le malade a même notablement engraissé.

Il va prochainement quitter l'hôpital.

CHAPITRE V

TRAITEMENT MEDICAL

Lorsque nous instituâmes à notre malade le traitement préconisé par M. le professeur de Renzi, nous avions l'espoir que l'extrait éthéré de fougère mâle saurait atteindre aussi bien, sinon même mieux, le cysticerque du corps vitré que celui ou ceux du cerveau de notre patient.

En effet, l'on sait qu'à dose toxique (au-dessus de 10 grammes environ), le principe actif de ce médicament, l'acide filicique, peut occasionner une névrite du nerf optique, qui se manifeste par de l'amblyopie analogue à celle que l'on constate chez les alcooliques et les fumeurs invétérés.

M. J.-P. Nuel, de Liège, a fait à ce sujet des expériences très intéressantes sur des animaux.

L'extrait éthéré de fougère mâle manifeste donc son action jusqu'au niveau de la papille du nerf optique, et il est vraisemblable que son action thérapeutique doit se faire sentir également dans le corps vitré.

Mais nous étions assez embarrassés sur la dose utile

et tolérable de ce médicament que nous devions prescrire à notre malade, car l'extrait éthéré de fougère mâle est un agent thérapeutique que l'on a l'habitude de ne prescrire qu'une seule fois et à dose massive (6 à 8 grammes environ).

Or notre traitement consistait à faire prendre à notre malade, tous les jours, une certaine quantité de ce médicament, pour que son action fût continue et constante.

Quelle serait la dose quotidienne utile à prescrire ? Pendant combien de temps la donner ? Comment notre patient la supporterait-il ?

Toutes questions assez embarrassantes, car, à ce sujet, M. de Renzi n'était pas très explicite dans ses observations. Tout ce que nous savions, c'est qu'il prescrivit de 1 à 4 capsules par jour à ses malades.

Nous commençâmes par prescrire tout d'abord 1 gr. 50 d'extrait éthéré par jour en 3 capsules, soit 0 gr. 50 d'extrait par capsule. On fit prendre cette dose pendant dix jours, puis pendant les vingt jours qui suivirent, la dose est portée à 2 grammes, soit 4 capsules.

A cette dose le malade présenta seulement un peu de diarrhée (2 selles par jour).

Le mois suivant, en mai, le traitement n'eut qu'une durée de quinze jours, suivie de quinze jours de repos, car notre homme se plaignait de son estomac (douleurs d'ailleurs vagues et peu intenses), et avait un peu de diarrhée.

Mais dans la suite, la même dose fut continuée, avec des périodes de repos, sans que le malade accusât le moindre trouble.

En résumé, du 21 avril au 1er septembre, soit un peu plus de quatre mois, notre patient a pris 1 gr. 50 d'extrait pendant quinze jours et 2 grammes pendant deux mois.

A cette époque, nous considérons notre malade comme complètement débarrassé de tous ses parasites : nous avons d'ailleurs la conviction intime que les cysticerques sont morts depuis longtemps.

En effet, du côté oculaire, la vésicule est complètement atrophiée (elle l'était déjà le 24 mai) ; on perçoit un peu le fond d'œil à travers elle ; le centre seul est plus épais et représente l'entozoaire mort et rétracté sur lui-même.

Il subira vraisemblablement une dégénérescence calcaire.

Mais ce cysticerque mort peut-il rester ainsi dans l'œil sans danger?

Plusieurs auteurs ont déjà résolu cette question : de Wecker, en particulier, est persuadé de l'innocuité de la présence dans l'œil de cet entozoaire mort. Plus récemment, en 1904, Stœlting relatait l'observation « d'un malade chez lequel il tenta d'extraire un cysticerque intra-oculaire, mais il ne parvint qu'à creuser la vésicule et non à l'extraire. Or ce corps étranger inerte fut dans la suite très bien supporté. »

Quant à ce qui concerne la présence du ou des cysticerques dans le cerveau de notre malade, on pourra peut-être nous objecter que ce dernier a eu deux crises, un peu plus d'un mois et demi après le début du trai-

tement, et que, par conséquent on peut ne pas le considérer comme tout à fait guéri.

Ce à quoi nous répondrons :

1° Que depuis ces dernières crises, plus de trois mois et demi se sont écoulés sans que le malade présentât le moindre phénomène cérébral ;

2° Que ce ou ces cysticerques cérébraux morts n'en restent pas moins pendant quelque temps pour l'écorce cérébrale une cause d'irritation, phénomène analogue à la présence dans le cerveau d'une cicatrice due par exemple à un traumatisme du crâne et causant des crises épileptiformes;

3° Il serait vraiment bien étonnant que l'extrait éthéré de fougère mâle ait eu sur le cysticerque du corps vitré et surtout sur celui de la cuisse une action aussi manifeste, et n'en eût pas eu une analogue sur celui ou ceux logés dans le cerveau;

4° Enfin l'état général de notre malade est bien meilleur qu'au début du traitement, ce qui ne serait pas si les parasites du cerveau vivaient encore.

Nous considérons donc notre malade comme complètement guéri, et ce n'est que par excès de précaution que nous lui prescrivons encore trois capsules pendant les premiers jours du mois de septembre.

CONCLUSIONS

I. — Le cysticerque du corps vitré est une affection encore rare dans notre pays, bien que, depuis quelques années, plusieurs cas nouveaux aient été signalés.

II. — Nous estimons que l'extraction d'un cysticerque du corps vitré est une opération à la fois extrêmement délicate et dangereuse : car elle expose, d'une part, à des accidents immédiats (perte plus ou moins considérable de corps vitré, hémorragie intra-oculaire, décollement plus ou moins complet de la rétine etc...), d'autre part à des accidents ultérieurs (atrophie du globe, cataracte, etc ..) ; ces risques ne sont point compensés par les résultats postérieurs plutôt médiocres que donne cette intervention en ce qui concerne l'acuité visuelle.

III. — Aussi. bien que n'ayant fait l'expérience que sur un seul malade, croyons-nous qu'on aura tout intérêt à essayer d'abord un traitement médical par l'extrait éthéré de fougère mâle, à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour, dose que nous estimons suffisante,

mais qui pourrã peut-être être augmentée sans que le malade s'en trouve incommodé.

IV. — Nous croyons qu'une durée d'un mois et demi de traitement est largement suffisante pour pouvoir affirmer la guérison complète ; mais déjà au bout de quinze à vingt jours on aura pu se rendre compte de changements énormes du côté de la vésicule (atrophie, cessation des mouvements actifs).

V. — Toutefois, si ce traitement échouait, on pourrait avoir recours, peut-être avec succès, à la radiothérapie, et en cas d'échec à l'électrolyse.

Si l'œil est profondément désorganisé et en voie d'atrophie et pour prévenir des accidents sympathiques possibles, on aura plutôt recours à l'énervation qu'à l'énucléation (Dianoux).

VI. — En élargissant un peu ces conclusions, nous pensons que l'on doit instituer le traitement médical chez des malades atteints de cysticerques du cerveau, attendu que, dans ce cas, la chirurgie perd ses droits, et que, dans 3 observations (la nôtre et celles de M. de Renzi), les résultats ont été vraiment remarquables.

Ces résultats sont peut-être plus manifestes encore dans le cas de cysticerques sous-cutanés.

Vu : le Président de thèse
DE LAPERSONNE

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Becker (Otto). — *Wien. med. Wochenschr.*, 13 juli 1867.

Berardinis (de). — *Annali di ottalm.*, t. XXVIII, 1899, p. 349.

Blanchard (Raphaël). — Zoologie médicale, p. 401 et suivantes.

Bocchi. — Estrazione di un cisticerco dal vitreo (*Annali di ottalmologia*), vol. XXXVI, fasc. 12, p. 938, 1907.

Chibret. — De l'aspiration appliquée à l'extraction du cysticerque du corps vitré. *Bull. de la Soc. d'opht. de Paris*, p. 22, 1891.

Cohn. — *Rev. d'opht.*, p. 121, février 1882.

Daubin. — Des cysticerques du corps vitré et du fond de l'œil. *Thèse de Bordeaux*, 1887.

Dolina. — *Deutsche medicinal Zeitung*, 1891, n° 82.

Dor (Louis). — Cysticerque sous-rétinien. Electrolyse. Guérison (*Soc. franç. d'opht.*, Paris, mai 1908).

Duyse (van). — *Annales d'oculistique*, t. 93, mai-juin 1885 p. 260 et suiv.

Ewers. — *Jahresb. d. Augenklinik*, 1872.

Gardenigo. — *Giorn. d'ophtalm. italiano*, 1869, 2e fasc.

Germelmann. — Beitræge zur operation der Cysticerken im Auge. *Inaug. Diss. Gœttingen*, 1884.

Graefe (A. von). — *Arch. f. opht.*, t. II, 1re partie, p. 334-343.

— *Arch. f. opht.*, t. III, 2e partie, p. 312.

— *Arch. f. opht.*, t. IV, 2e partie, p. 171-183.

— *Arch. f. opht.*, t. VII, 2e partie, p. 47-48.

— *Arch. f. opht.*, t. XII, 2e partie.

— *Arch. f. opht.*, t. XXIV, 1re partie, p. 209-232.
— *Arch. f. opht.*, t. XXIV, 3e partie, p. 267-273.
— *Arch. f. opht.*, t. XXXI, 4e partie, p. 33.
Graefe (Alfred). — *Arch. f. opht.*, XXVIII, 1, p. 187, 1882, et XXXI, 4, p. 33, 1885.
— *Klin. Monatsbl.*, juillet 1890, p. 261.
— *Ibid.*, septembre 1892.
Hirschberg. — Cysticerques de l'œil. *Soc. de méd. Berlin*, 1892, n° 11, p. 130.
— *Archiv. f. dugen und Ohrenheilk.*, t. I, II et t. III, I.
— et Leber. — *Archiv. f. opht.*, XXXII, 1, p. 282, 1886.
Jacobson. — *Arch. f. opht.*, t. XI, 2, p. 147, 165.
Lagrange et Valude. — *Encyclop. franç. d'opht.*, t. VI, 1906, p. 614 et 1065.
Leber. — *Graefe's Arch.*, XXXII, I, p. 281, 1886.
Nuel (J.-P.). — XIIIe Congrès intern. de médecine à Paris (section opht.). *Annales d'ocul.*, t. 124, p. 139.
Panas. — Traité des mal. des yeux, 1894, t. I. p. 478 et suiv.
Pincus. — *A. von Graefe's Arch.*, XL, 4, p. 237, 255.
Renzi (de). — Cura del cisticerco e dell' echinococco col felce maschio. *Atti della R. Accademia medico-chirurgica* di Napoli, n° 2, 1908.
Schmidt-Rimpler. — *Zeitschrift für Augenhelkunde*, p. 93, août 1900.
Schœbl. — *Centralb. f. Augenh.*, avril 1893, p. 101.
Semaine médicale, n° 32, p. 382, août 1908.
Seyfert. — *Graefe's Archiv.*, XXXVIII, 2, p. 112, 1892.
Stölting. — *Berliner Klin. Wolfenschr.*, 1889, n° 42.
— *Archiv. f. opht.*, LIX, p. 146-154. 1904.
Treitel. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1890, p. 408.
Vossins. — *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1890, n° 1.
Wagenmann. — *Graefe's Archiv.*, 1891, XXXVII, 3.
Wecker (de). — *Graefe's Arch.*, XXXII, 1, p. 275.
— et Landolt. — Traité complet d'ophtalmologie, t. II, p. 577 et suivantes.

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.